

Departamento de servicios humanos de Georgia

División de servicios para la familia y los niños

**VERIFICACIÓN DE CONTRIBUCIONES**

Fecha:

Ref.:

Para:

Nombre del solicitante/beneficiario

\_\_\_\_\_

Número de caso

\_\_\_\_\_

Estimado Sr./Sra.

ID. de trabajador social

La persona indicada anteriormente ha solicitado asistencia o está recibiendo asistencia a través de esta agencia. Para determinar la elegibilidad de su familia para recibir la asistencia, debemos verificar las contribuciones monetarias recibidas de usted. Por favor llene este formulario con la información solicitada y devuélvalo a la Agencia antes de \_\_\_\_\_. Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, por favor llámeme al número que aparece a continuación.

Teléfono del trabajador social: 1-877-423-4746

Doy \$ \_\_\_\_\_ por  Semana  Mes \_\_\_\_\_ directamente a la persona mencionada arriba.

El dinero que doy no es un préstamo y no me tiene que ser devuelto.

En los meses que figuran a continuación, he dado las siguientes cantidades:

<b>Cantidad</b>	<b>Mes/año</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo pago las siguientes facturas directamente al proveedor para la persona mencionada arriba.

<b>Cantidad</b>	<b>Mes/año</b>	<b>Nombre del proveedor</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Vea la parte inversa**

